**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Bentuk Asuhan Kebidanan**

Bentuk penulisan laporan ini adalah studi kasus asuhan kebidanan dengan pendekatan *Continuity of Care* atau asuhan yang berkesinambungan mulai dari masa hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir, sampai dengan masa antara yang fisiologis. Dari acuan tersebut diimplementasikan asuhan kebidanan dalam siklus kehamilan kunjungan pertama menggunakan tujuh langkah Varney dalam Manajemen Kebidanan Varney menurut Hellen Varney dan pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan catatan metode SOAP dan dirumuskan dalam data fokus.

Pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh penulis adalah KepMenKes RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar profesi bidan dan dirumuskan dalam data fokus.

Adapun tahapan manajemen asuhan kebidanan tujuh langkah Varney menurut Hellen Varney adalah sebagai berikut:

1. Langkah I (Pengumpulan data dasar)

Adapun pengumpulan data dasar yang lengkap untuk menilai yang menyangkut keadaan klien, data ini termasuk riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta laporan keterangan tambahan lain hubungan dengan kondisi klien yang didapat melalui wawancara pada klien ataupun keluarga.

1. Langkah II (Merumuskan diagnosa aktual)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan intervensi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa adalah hasil analisa dan perumusan masalah yang diputuskan dalam menegakkan diagnosa bidan dengan menggunakan pengetahuan sebagai dasar atau arahan untuk mengambil tindakan.

1. Langkah III (Merumuskan Diagnosa atau Masalah Potensial yang Membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial)

Mengidentifikasi adanya diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

1. Langkah IV (Identifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi ibu.

1. Langkah V (Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh)

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya.

1. Langkah VI (Melaksanakan perencanaan)

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

1. Langkah VII (Evaluasi)

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan hingga terjadi perubahan perilaku dari pola konsumsi selama hamil, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif.

Dengan pendokumentasian atau pencatatan menggunakan metode SOAP:

S : Data Subyektif terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anmnesis maupun allo annesis, sesuai keadaan klien.

O : Data Obyektif terfokus mencatat hasil pemeriksaan fisik, laboraturium dan penunjang, sesuai keadaan klien.

A : Assement (Perencanaan) mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien.

P : Plan ( Perencanaan) mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan.

* 1. **Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan**

Tahap - tahap dalam pelaksanaan asuhan kebidanan ini dijelaskan dalam bagan alur berikut :

Fisiologi

Ibu Hamil Trimester III UK 35-36 Minggu

di TPMB Kartini , S.Tr.Keb, Bd

Melakukan Pemeriksaan Kunjungan Minimal 3x yaitu :

1. Kunjungan Pertama (UK 35-36 Minggu)
2. Kunjungan Kedua (UK 37-38 Minggu)
3. Kunjungan Ketiga (UK 38 Minggu)

Ibu Bersalin

Fisiologi

Pemantauan Kemajuan Persalinan kala 1-4 dengan partograf

Ibu Nifas

Bayi Baru Lahir

Fisiologi

Fisiologi

Pemberian Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

KN 1 (6 jam), KN 2 (7 hari) dan KN 3 (17 hari)

Pemberian Asuhan kebidanan Masa Nifas yaitu:

KF 1 (6 Jam), KF 2 (7 hari), KF 3 (17 hari) dan KF 4 (36 hari)

Rencana Keluarga Berencana

Dilakukan pada KF 4 yaitu 36 hari masa nifas

3.1 Gambar Kerangka kerja Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (CoC)

* 1. **Sasaran Asuhan Kebidanan**

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi ibu hami, ibu bersalin, ibu nifas, dan menyusui, bayi baru lahir dan neonatus, ibu dalam masa antara (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi)

1. Ibu Hamil → Asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu hamil untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan. Dengan melakukan 3 kali kunjungan pada Kunjungan Pertama (UK 35 minggu), Kunjungan Kedua (UK 36 minggu) dan Kunjungan Ketiga (UK 38 minggu), dengan masa interval 2 minggu sekali.
2. Ibu Bersalin → Asuhan yang diberikan bidan pada ibu bersalin adalah melakukan observasi serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala II (Pembukaan lengkap dan pengeluaran janin), kala III (Pengeluaran plasenta), dan kala IV (2 jam post partum).
3. Bayi Baru Lahir → Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD, melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan, pemeriksaan fisik serta memandikan.
4. Ibu Nifas → Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah yang diberikan bidan pada ibu nifas, normalnya berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6 minggu. Pada siklus ini bidan memberikan kondisi ibu serta bayi. Melakukan kunjungan 4 kali, pada KF 1 (6 jam), KF 2 (7 hari), KF 3 (17 hari), KF 4 (36 hari).
5. Neonatus → Asuhan kebidanan pada neonatus adalah asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi mengenai imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus. Melakukan kunjungan 3 kali pada KN 1 (6 jam), KN 2 (7 hari), KN 3 (17 hari).
6. Pelayanan KB → Asuhan kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi) asuhan berupa memantau involusi uteri (kontraksi uterus, perdarahan), Tanda bahaya masa nifas, laktasi, dan pra keluarga berencana.
   1. **Kriteria Subjek**

Kriteria subjek dalam studi kasus ini adalah ibu hamil usia 21 tahun dengan usia kehamilan 35 minggu kehamilan normal diikuti dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas sampai dengan masa interval.

* 1. **Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi alat dan bahan. Dalam hal ini alat yang digunakan meliputi panduan wawancara, lembar pengkajian, lembar observasi, partograf, buku KIA dan rekam medis pasien.

**Tabel 3.1 Daftar Instrumen Penelitian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Instrumen | ANC | INC | Neonatus/BBL | PNC | Masa Interval |
| DOKUMENTASI | | | | | |
| Buku KIA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Form SOAP | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| KSPR | ✓ |  |  |  |  |
| Skrining TT | ✓ |  |  |  |  |
| Lembar Penapisan |  | ✓ |  |  |  |
| Lembar Observasi |  | ✓ |  |  |  |
| Partograf |  | ✓ |  |  |  |
| Ceklis APN |  | ✓ |  |  |  |
| Form APGAR Score |  |  | ✓ |  |  |
| Lembar Balik Pemilihan Kontrasepsi |  |  |  |  | ✓ |
| PENGUKURAN DAN TINDAKAN | | | | | |
| Tensimeter | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Stetoskop | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Pita LILA | ✓ |  | ✓ |  |  |
| Timbangan | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Microtoise | ✓ |  |  |  |  |
| Metline | ✓ | ✓ | ✓ |  |  |
| Hammer | ✓ |  |  |  |  |
| Partus Set |  | ✓ |  |  |  |
| Hecting Set |  | ✓ |  |  |  |
| Jam Tangan | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Alat Tulis | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Doppler / Funandoskop | ✓ | ✓ |  |  |  |

* 1. **Metode Pengumpulan Data**

1. **Observasi**

Observasi dapat dilakukan dengan cara melihat, mencium maupun mendengar suatu kejadian, aktivitas peristiwa, kondisi ataupun suasana dari suatu objek. Penerapan observasi pada studi kasus ini dilakukan untuk memperoleh data pada Ny. N melalui ekspresi tubuh dan suasana ibu secara umum (Masturoh & T., 2018).

1. Pemeriksaan fisik merupakan metode penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan data objektif dari subjek penelitian. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini dilakukan pada Ny. N secara head to toe (Maritalia, 2017).
2. Pemeriksaan penunjang dilakukan melalui pemeriksaan darah lengkap, tes lakmus (menggunakan lakmus merah apabila berubah menjadi warna biru, menunjukkan adanya pengeluaran cairan amnion) dan pemeriksaan USG. Pemeriksaan dari studi kasus ini didapatkan dari buku KIA dan data rekam medis yang ada di TPMB Kartini., S.Tr.Keb. Bd.
3. Studi dokumentasi kasus ini dilakukan dari data rekam medis ibu, buku KIA, dan data register ibu hamil. Penulis menggunakan cacatan medis dengan menggunakan data rekam medis dan buku KIA sebagai acuan studi dokumentasi dalam penyusunan dan pelaksanaan Laporan Tugas Akhir ini.
4. **Wawancara atau Anamnesa**

Menurut Emzir, 2018 wawancara merupakan suatu interaksi untuk memperoleh informasi dengan cara melakukan tanya jawab yang dilakukan antara peneliti dengan informan. Pertama kali dilakukan wawacara pada tanggal 18 Januari 2024.

1. **Dokumentasi**

Studi dokumentasi kasus ini diakukan dari data rekam medis ibu dan buku KIA. Penulis mengunakan cacatan medis dengan menggunakan data buku KIA sebagai acuan studi dokumentasi dalam penyusunan dan pelaksanaan Laporan Tugas Akhir.

* 1. **Lokasi dan Waktu Pelaksanaan**

Pengkajian ini dilaksanakan di TPMB Kartini, S.Tr., Bd. Wilayah kabupaten malang dari bulan Januari-Maret 2024.

* 1. **Etika dan Prosedur Pelaksanaan**

Etika memiliki arti sebagai ilmu yang menekankan pembelajaran baik buruknya suatu perlakuan maupun tingkah laku dalam kehidupan manusia yang memiliki dorongan atas pemikiran yang jernih serta didasarkan pada kehendak masing-masing individu atas pertimbangan emosinya (Anggraini, et al., 2022).

Berikut etika dan prosedur yang dilakukan:

* 1. Perjanjian yang dilakukan bersama dengan institusi tempat penelitian atau dengan institusi tertentu sesuai dengan adanya aturan yang berlaku pada daerah penelitian.
  2. Lembar persetujan akan menjadi subjek atau Informed Concent yang akan diberikan sebelum pemberian asuhan, hal ini bertujuan agar mengetahui maksud serta tujuan asuhan yang diberikan. Apabila subjek setuju dengan lembar persetujuan, maka lembar persetujuan dapat diberi tanda tangan.
  3. Tanpa nama (*anonimity*) ini bertujuan untuk menjaga identitas subjek secara rahasia, nama akan digantikan dengan pemberian inisisal pada lembar pengumpulan LTA.
  4. Kerahasiaan (*Confidential*) dari data serta informasi yang didapatkan dan dicantumkan dalam LTA akan dijamin oleh penyusun.